

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 168

DE LA
PROTHÈSE ORBITO-PALPÉBRALE

(en Caoutchouc ou en Pâte plastique)

ET DE SES INDICATIONS

« L'obligation d'écrire fait pardonner
ce que l'on écrit. »

(LA BRUYÈRE).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 21 Avril 1920

PAR

MICHEL-JEAN MARCHAL

Né à Belfort, le 29 septembre 1894



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

—
1920

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 168

DE LA
PROTHÈSE ORBITO-PALPÉBRALE

(en Caoutchouc ou en Pâte plastique)

ET DE SES INDICATIONS

« L'obligation d'écrire fait pardonner
ce que l'on écrit. »

(LA BRUYÈRE).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 21 Avril 1920

PAR

MICHEL-JEAN MARCHAL

Né à Belfort, le 29 septembre 1894



LYON

ANCIENS ETABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL.
Chimie organique et toxicologique.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MORFAU.
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLE.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT.
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agréés
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARGET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	X.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	SAVY	BONNAMOUR
COMMANDEUR.	LERICHE	FROMENT	chargé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
LAROYENNE	TAVERNIER.	PIÉRY	chargé des fonctions
VORON.	CADE	COTTE	FAVRE —
NOGIER.	GUILLEMARD	DUROUX	GRAVIER —
LATARGET	GARIN		ROUBIER —

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Profr ROLLET

Profrs Agrégés : MM. VILLARD, TAVERNIER et COTTE

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND-MÈRE

Hommage de ma profonde affection.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Si ce travail peut être pour eux une
minime récompense, qu'ils l'acceptent
comme le fruit de tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés, en gage d'une
profonde affection filiale et d'une recon-
naissance sans bornes.*

A MES BEAUX-PARENTS

*Je ne compte plus leurs tendres atten-
tions. Qu'ils veuillent trouver ici avec
mon infinie gratitude, l'hommage de
ma très vive affection.*

A MA FEMME

Je dédie ces modestes pages, bien faible témoignage de ma plus tendre et inaltérable affection.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

En gage de la solide affection qui nous unit.

A TOUS LES MIENS

Affectueusement.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A L'UNIVERSITÉ DE LYON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Il nous a inspiré l'idée de ce travail.
Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et le cordial accueil qu'il nous a fait dans son service.*

A MESSIEURS LES MEMBRES
DE MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. CANTONNET

OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX DE PARIS

*Je suis heureux de pouvoir lui adresser
ici tous mes remerciements et l'expres-
sion de ma bien vive reconnaissance
pour la façon charmante dont il m'a
toujours accueilli.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GENEST

A MONSIEUR LE DOCTEUR COULOMB

A MONSIEUR LE DOCTEUR PONT

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique

Nous entendons par prothèse orbito-palpébrale, toute restauration intéressant à la fois : l'œil, les paupières et le pourtour de la base de l'orbite ayant pour objet l'application d'un appareil artificiel dans un but esthétique.

Avant le début de ce siècle, ce genre de restauration était peu connu, ceci tenant probablement à ce que les occasions de faire une telle intervention étaient plutôt rares ; néanmoins l'idée originale date déjà du XVI^e siècle et sans trop insister sur la description des différentes méthodes tour à tour employées, il nous a paru intéressant de citer quelques travaux originaux et curieux.

Ambroise Paré conseillait déjà en 1604, quand des adhérences conjonctivales empêchaient l'introduction d'un œil artificiel, le port d'une plaque de cuir façonnée sur laquelle l'œil était peint. Cette plaque était appliquée et maintenue sur les paupières

au moyen d'une tige flexible qui, de la plaque, passait au-dessus de l'oreille et faisait le tour de la moitié de la tête. Il appelait cette pièce un « eblépharos ». — Au XIX^e siècle de nouveaux travaux originaux furent tentés.

Hazard Mirault substitua à l'œil peint des anciens un œil en émail collé sur une peau fine et recouvert de paupières en pâte faite avec blanc d'Espagne, farine, gomme arabique et blanc d'œuf.

Boissonneau père remplaça plus tard les paupières et l'œil par l'émail seul.

Boissonneau fils et Talrich fixèrent ensuite sur la pièce d'émail une paupière en cire.

Boissonneau fils et Charrière remplacèrent enfin les paupières par une plaque d'aluminium repoussé.

De 1900 à 1914 : Coulomb et Jumelin (avec une composition à base de gélatine et un vernis adhésif pour maintien), Jumelin (avec cire et émail plus une application avec gutta-percha), Claude Martin (avec la céramique), firent de nouvelles tentatives.

Tels sont les étapes successives, signalées dans la littérature, marquées chacune d'une technique nouvelle.

Ce n'est qu'avec le vaste champ d'application créé par la guerre, où le nombre des mutilés de la face se multiplia, que la restauration prothétique orbito-palpébrale subit une amélioration progressivement croissante, pour être aujourd'hui une méthode d'intervention des plus satisfaisantes par les résultats esthétiques indiscutables et surprenants qu'elle donne.

CHAPITRE II

Moyens et techniques de prothèse restauratrice orbito-palpébrale

Nous avons vu qu'autrefois les substances les plus diverses étaient employées : émail, cire, pâte de composition variée, aluminium, céramique. Aujourd'hui les substances employées sont le caoutchouc vulcanisé et « la pâte plastique ».

1° Voici en quelques lignes la technique de la *prothèse en caoutchouc* que nous empruntons à MM. Coulomb et Ruppe :

« Il faut tout d'abord faire un moulage de la partie supérieure de la face ; ce moulage sert à faire autour de l'œil artificiel le modelage en cire des paupières. C'est à ce moment que nous plaçons dans la cire une pièce métallique qui servira de support à la pièce de prothèse et qui sera placée en rapports exacts avec une gaine soudée sur la partie supérieure du limbe des lunettes.

« Dès que le modelage en cire est terminé, on

transforme cette cire en caoutchouc par les mêmes procédés qu'une pièce de prothèse dentaire : on moule la pièce en deux parties dans un moufle en bronze, on enlève la cire en plaçant le moufle dans l'eau à l'ébullition et on la remplace par du caoutchouc que l'on durcit en le vulcanisant dans un autoclave à la température de 165° pendant une heure. Après le polissage, la pièce peut être peinte. La couleur étant obtenue, nous traçons sur les deux marges palpébrales un petit sillon pour y planter les cils et, après un dernier ajustage, l'appareil est prêt à être placé.

« Les pièces de prothèse sont mises en place et appliquées sur la face par des lunettes. Nous choisissons des montures à branches souples mais résistantes et y insérons des verres plans-coquilles. Le point d'appui pris sur ces lunettes est constitué par une gaine ou un tube de section ovale, soudé sur la partie supérieure du limbe des lunettes ; parfois, quand la perte de substance s'étend vers l'oreille ou vers la joue, il est nécessaire de prendre un point d'appui supplémentaire sur une branche des lunettes.

« Cinq cas peuvent se présenter :

Dans le premier cas (perte d'une paupière), on prend un point d'appui sur un tube ovale, pour éviter toute rotation ou torsion suivant l'axe. Ce tube est soudé à la partie supérieure du limbe ; dans ce tube s'ajuste un fil ovale rigide immobilisé dans le tube par une vis. A l'extrémité postérieure du fil ovale est soudé perpendiculairement un arc métallique portant à la face postérieure 3 petits boutons ; cet arc

est recouvert par le caoutchouc qui reconstitue la paupière ; les 3 boutons faisant saillie sont ajustés dans 3 trous percés dans l'œil artificiel et servent à le fixer à la paupière à l'aide de ciment.

Dans le deuxième cas (perte de deux paupières), le point d'appui sur les lunettes est le même ; il peut être constitué par une gaine à lumière rectangulaire ou par un tube ovale comme pour le premier cas. La gaine est appelée à recevoir un ressort plat fixé par une vis et s'adaptant dans une autre gaine placée dans la paupière artificielle ; le ressort applique constamment la pièce sur les téguments.

Dans le cas de perte de deux paupières et d'une partie du frontal la fixation est obtenue par tube ovale soudé sur le limbe et fil ovale réunissant les lunettes à la pièce.

Dans le 4° cas (perte de 2 paupières et du malaire) il est nécessaire de prendre un point d'appui secondaire sur la branche des lunettes : il sera destiné à faire appliquer les bords postérieurs de la pièce sur les téguments.

Dans le 5° cas, la petite pièce qui doit restaurer le nez est fixée au pont des lunettes par un rivet ».

Cette prothèse en caoutchouc vulcanisé donne d'excellents résultats au point de vue esthétique.

« A deux mètres il est impossible de distinguer chez les patients qui sont munis de ces appareils, les paupières et l'œil artificiels des paupières et de l'œil sains, à condition que l'œil sain soit dirigé dans le plan de la vision horizontale. Les malades prennent d'ailleurs assez vite l'habitude de substituer les

mouvements de la tête aux mouvements de l'œil. Un observateur prévenu et placé près du sujet est toujours étonné de l'importance de la blessure lorsqu'on la démasque en retirant les lunettes et l'appareil qu'elles supportent ».

2° La prothèse en « pâte plastique » est infiniment plus simple. Cette pâte est d'abord appliquée à la prothèse nasale et auriculaire. Dans *Lyon Médical*, août 1914 nous avons trouvé à propos de la prothèse nasale ces lignes du D^r Pont : « Avec mon ami, le D^r Duplant, nous essayâmes d'abord la pâte autocopiste dont voici la formule :

Gélatine	100
Eau	375
Kaolin	50
Glycérine	375

(DORVAULT, *répertoire de pharmacie*)

Cette pâte s'effritait facilement et ne donna pas des résultats bien brillants.

Après une série de tâtonnements le D^r Duplant obtint enfin une pâte à la fois très élastique et très résistante ; de manipulation facile et qui, une fois colorée convenablement, me donna pleinement satisfaction tant au point de vue esthétique qu'au point de vue durée. Le D^r Duplant s'est arrêté à la formule suivante :

Gélatine pure et blanche.....	20
Colle Coignet.....	5
Glycérine	62
Eau distillée	25

L'incorporation de la colle Coignet est très délicate et demande de grandes précautions ; on colore avec des couleurs fines pour l'aquarelle (ocre jaune et vermillon), de façon à obtenir la couleur de la peau ».

Cette pâte plastique fut ensuite appliquée par M. le D^r Pont, à la prothèse orbito-palpébrale, chez des blessés de guerre.

Voici résumée la technique employée :

D'une part, on construit un dispositif imaginé par M. Pont : une coque en caoutchouc vulcanisé ayant la forme d'une demi-sphère présentant à peu près les dimensions d'une coquille de noix, sur laquelle on pratique une fente ovalaire, de façon à imiter les paupières ouvertes à l'état de repos. Dans l'intérieur de cette petite coquille est logé un œil artificiel maintenu bien en place par des petites vis. Sur les bords des paupières artificielles, on creuse une rainure dans le caoutchouc, dans laquelle des cils sont fixés au moyen de ciment. D'autre part, le reste de la prothèse est faite en pâte plastique, suivant les procédés habituels de prothèse, c'est-à-dire au moyen d'un moule en plâtre de deux parties, dont l'une représente la partie mutilée sur laquelle doit être appliquée la prothèse, dont l'autre présente en creux la forme de la prothèse ; dans cette seconde pièce, on

coule la pâte fondue au bain-marie ; on applique ensuite la première en faisant une pression légère ; la prothèse froide est démoulée, les bavures sont enlevées.

Cet appareil de prothèse est en somme constitué :

1° D'une pièce prothétique en pâte plastique qui est obtenue au moyen d'un moule en plâtre de deux pièces.

2° D'une coque oculaire, construite suivant le dispositif imaginé par M. Pont, qui vient s'enchâsser dans la pièce en pâte plastique où un espace lui a été réservé.

« Il ne reste plus qu'à fixer l'appareil : pour cela on badigeonne sa face interne avec la colle suivante :

Mastic en larmes.....	15 gr.
Baume du Canada.....	2.50
Ether sulfurique	15 gr.

Une légère couche suffit et l'on applique rapidement l'appareil sur la peau. On égalise bien les bords avec un instrument moussé et légèrement chauffé. Si la teinte est bonne, le résultat est parfait ».

La méthode plastique du docteur Pont est assurément captivante par sa simplicité ; la pâte plastique donne au point de vue esthétique une perfection qu'aucune autre méthode ne peut atteindre ; elle est, en effet, d'une similitude avec la peau telle que les bords de la pièce se confondent avec les téguments voisins, d'une souplesse et élasticité aussi qui lui permettent de suivre la mobilité de la muscula-

ture sans cesser d'adhérer. Cette méthode de plus, supprime tout appareil de contention, est abordable pour tous puisque sa facilité si grande d'exécution, permet aux malades de construire eux-mêmes leurs appareils avec le moulage de plâtre de deux pièces qui leur est donné. Cependant, malgré tous ces avantages appréciables, la méthode plastique présente un gros inconvénient. Cette pâte, en effet, est de peu de durée. Le porteur, par hygiène et propreté, est astreint à enlever et remettre sa pièce de prothèse assez souvent, manipulations qui déchirent la pâte ; de telle sorte qu'au bout de quatre à cinq jours en moyenne, l'appareil doit être renouvelé. Malgré toute la facilité et la rapidité avec lesquelles cela peut être fait, la méthode exige du sujet une certaine liberté de temps et un peu de soin. Aussi, M. Pont, pour supprimer les inconvénients et les reproches que l'on pourrait faire aux deux méthodes : en caoutchouc et en pâte plastique, donne à ses blessés deux prothèses : « l'une en caoutchouc que j'appelle : prothèse de travail, l'autre en pâte plastique que j'appelle : prothèse de repos ou prothèse esthétique ». « De cette façon, les blessés qui n'ont pu bénéficier, pour une raison quelconque, des progrès et des avantages de la chirurgie plastique, peuvent, grâce à la prothèse, reprendre leurs occupations et leur vie normale ».

CHAPITRE III

Des indications de la prothèse en caoutchouc ou en pâte plastique

Lorsque nous nous trouvons en présence d'un cas de perte de substance de la région que nous avons définie, nous avons à notre disposition trois moyens d'intervention : la prothèse oculaire, la chirurgie plastique, la prothèse orbito-palpébrale.

Si nous avons à faire à une énucléation, à un évidement ou à une expulsion traumatique du globe oculaire, les parties environnantes n'étant pas touchées, l'adaptation d'un œil artificiel, choisi dans une collection ou fabriqué exprès d'après le modèle vivant de l'autre œil, ne présente rien de particulier.

La tâche devient beaucoup plus difficile, si nous nous trouvons en face d'une perte de substance intéressant les paupières, s'il s'agit de remplacer, non seulement l'œil, mais le système oculo-palpébral.

Pour une simple encoche palpébrale, la réfection

est aisée par avivement, sutures. Ailleurs, pour une perte de substance palpébrale étendue, la réparation autoplastique sera possible et suffisante dans un grand nombre de cas, pourra donner des résultats esthétiques satisfaisants.

L'autoplastie peut être extrêmement variée, car comme l'a écrit Roux, la blépharoplastie ne saurait être toujours semblable à elle-même, mais tous les procédés employés peuvent se ramener à l'une des méthodes suivantes :

1° Méthode des greffes ;

2° Méthode italienne par lambeau pédiculé à distance ;

3^r Méthode indienne par pivotement d'un lambeau pédiculé voisin ;

4° Méthode française par glissement.

Toutes ces méthodes sont exposées dans les divers traités de chirurgie oculaire. Nous ne dirons que quelques mots de deux procédés employés par le professeur Rollet :

Blépharoplastie à double lambeau pédiculé.

« Pour la paupière supérieure : un lambeau nasofrontal commencé sous l'angle supéro-interne de l'orbite est découpé au bistouri, l'instrument mordant jusqu'à l'os du premier coup ; la forme du lambeau est en demi-tranche de melon à concavité ou-

verte vers la tempe, ses dimensions en hauteur et en largeur sont essentiellement variables suivant la brèche à combler. Un deuxième lambeau temporo-frontal, dont la base est au-dessous de l'angle orbitaire supéro-externe, sera tracé symétriquement au précédent, sa concavité regardant du côté nasal. Ces deux lambeaux sont disséqués, puis inclinés et couchés, le premier en dehors, puis en bas, le deuxième en dedans, puis en bas ; ils sont superposés puis suturés au fil métallique fin (fil de fer recuit).

Pour la paupière inférieure : même technique opératoire ; taille d'un lambeau juxta-nasal, en forme de faux, puis d'un lambeau malaire, languettes en demi-croissant, dont la concavité regarde une ligne verticale abaissée du milieu du globe oculaire ; dissection, mobilisation, inflexion, juxtaposition et suture des surfaces cruentées ».

Blépharoplastie à tiroir. — « Ce procédé consiste à substituer au glissement latéral de la méthode française, le glissement vertical. On dissèque un lambeau qui est tiré de façon à venir reconstituer la paupière enlevée ; si les deux paupières sont à réparer on libère deux lambeaux... »

Dans certains cas cependant, en présence d'une perte de substance étendue, toute réparation autoplastique sera impossible ou contre-indiquée, ou n'aura pas donné des résultats esthétiques satisfaisants ; ce sont ces cas qui nous intéressent, où la prothèse orbito-palpébrale trouvera son application et que nous allons essayer de préciser.

I° *BRULURES*. — Devant l'importante mutilation qui résulte d'une brûlure complète des paupières avec perte de l'œil, la blépharoplastie ne peut être recherchée dans un but esthétique, toujours extrêmement difficile à atteindre, sinon impossible, dans les grands délabrements. Dans ces cas, M. Rollet pratique l'occlusion de l'orbite.

« Dans les cas de brûlure complète des paupières avec perte de l'œil, on ne peut vraiment songer à une autoplastie palpébrale et à une prothèse oculaire. Il me semble que l'occlusion de l'orbite était indiquée dans le cas suivant comme opération de propreté.

M. T..., femme de cinquante-huit ans, qui, il y a deux ans, lors d'une syncope, tombe sur un poêle rouge, d'où large brûlure du côté de la face. Les paupières sont complètement détruites et l'œil lui-même doit être énucléé. Il y a trois mois, cette femme revient; on constate que les voiles palpébraux ont fait place à un tissu blanc, cicatriciel, avec muqueuse conjonctivale ulcérée et suintante de la dimension d'une pièce de un franc. Je décide l'ablation de la zone rougeâtre qui est suivie d'une restauration à l'aide de deux lambeaux d'où fermeture complète de l'orbite et surface cutanée nette et propre ».

*Occlusion de l'orbite et suppression des paupières,
procédé de M. le Professeur Rollet.*

« Y-a-t-il, comme dans l'un de nos cas, muqueuse ulcérée et suintante, on l'excise et deux tiroirs vont fermer l'orbite. Y-a-t-il, cancer épithélial, il est extirpé, ainsi que l'œil, le cuir ciliaire, les tarses et la peau des paupières en partie ou en totalité.

On mène en bas deux incisions verticales abaissées des commissures ou des extrémités de la brèche à combler. On dissèque ce lambeau, on l'élève. En haut, on trace deux semblables incisions verticales, et le lambeau taillé, puis disséqué, est amené en bas et suturé sans peine au lambeau inférieur. Sutures au fil de fer recuit des deux lambeaux et pansement un peu compressif. En somme, tiroir inférieur attiré en haut, tiroir supérieur attiré en bas, procédé en H. Evidemment, il s'agit là d'une opération de nécessité... Cette opération sera seulement indiquée lorsqu'il n'y a pas d'œil ou que l'œil doit être enlevé et quand les paupières sont détruites en grande partie ou doivent être excisées ».

L'occlusion de l'orbite que nous venons d'exposer, crée au devant de l'orbite profond, une surface cutanée lisse et unie et, tout en débarrassant le sujet de son infirmité, permet l'application d'un appareil esthétique par une des méthodes que nous avons décrites : soit en pâte plastique, soit en caoutchouc vulcanisé.

II° *EPITHELIOMAS*. — Ici encore, il est des cas où l'on ne peut songer à restaurer les voiles palpébraux enlevés ou détruits et où, comme dans les cas de brûlures envisagées précédemment, il y a indication à fermer simplement l'orbite. S'il s'agit d'un petit néoplasme cutanéomuqueux, limité à une portion des paupières ou à une commissure, l'extirpation du noyau et la restauration par un tiroir est possible. De même lorsque l'excision totale d'une paupière est nécessaire; le double lambeau pédiculé donne de bons résultats. Il n'en est plus de même quand les deux paupières sont envahies, ainsi que la muqueuse bulbaire, par un épithélioma palpébro-oculaire. Non seulement la blépharoplastie semble ici contre-indiquée, parce qu'elle serait suivie rapidement de récédive, mais l'ablation large des paupières et de l'œil, même doué de vision, s'impose, ainsi que l'occlusion de l'orbite qui est la méthode de choix comme le montrent nos observations.

OBSERVATION I

EPITHELIOMA DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE ET DE L'ANGLE INTERNE.
OCCLUSION DE L'ORBITE PAR LE PROCÉDÉ DE M. ROLLET.

B... Julie, 37 ans, ménagère, entre à la clinique ophtalmologique du professeur Rollet, le 28 novembre 1905.

Elle vient pour une affection de la paupière inférieure et de l'angle interne, du côté droit, ayant débuté il y a quinze mois par un petit bouton; on note un léger épiphora et un écoulement purulent très abondant. Elle a un peu de photophobie.

Elle accuse des douleurs locales irradiées à la tempe et à la région frontale.

Le petit bouton du début ayant envahi toute la paupière inférieure, la malade se décide à venir à l'hôpital.

Actuellement, sa paupière inférieure, rougie par le néoplasme, manque, sauf à l'angle externe. Sa paupière supérieure, qui a été respectée, a ses cils agglutinés en pinceaux. Le grand angle de l'œil est complètement envahi par le néoplasme.

La fente palpébrale, rétrécie, se trouve, en outre, bridée vers la partie interne par des adhérences.

Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire notable ; on ne constate qu'un ganglion très net de l'angle du maxillaire inférieur.

On note encore une légère injection de la conjonctive ; il n'y a pas d'hypertension.

Chambre antérieure et fond d'œil normaux.

12 décembre 1905. — M. le professeur Rollet pratique l'énucléation du globe, avec ablation verticale de la moitié interne de la paupière ; il forme ensuite un rideau au devant de la cavité orbitaire à l'aide d'un tiroir supérieur et d'un tiroir inférieur qu'il suture.

9 janvier 1906. — On fait la suture d'un léger coloboème de la paupière supérieure.

16 janvier 1906. — La malade quitte le service. Il y a impossibilité de placer un œil artificiel en raison de l'absence de cul-de-sac conjonctival inférieur.

14 septembre 1906. — La malade revient parce qu'elle souffre au niveau de l'angle externe où existe une tuméfaction dure, grosse comme un pois, douloureuse.

Il n'y a pas de ganglions ; on fait l'extirpation du noyau épithéliomateux.

Avril 1908. — Nouvelle récurrence locale limitée et superficielle. M. Rollet extirpe le petit néoplasme et les fragments de paupières, ferme complètement l'orbite au moyen d'un large et double tiroir.

OBSERVATION II

EPITHÉLIOMA DE L'ANGLE INTERNE. — OCCLUSION DE L'ORBITE.

Sch... François, 67 ans, sans profession, entre à la salle Saint-Gharles, service de M. le professeur Rollet, le 22 janvier 1906.

Son affection a débuté, il y a douze à treize ans, par un bouton à l'angle interne de l'œil gauche.

Pendant les quatre dernières années, pas d'augmentation notable, pas d'extension du néoplasme. Mais depuis quatre à cinq mois, l'accroissement de la tumeur — pour laquelle il vient à l'hôpital — s'est fait rapide.

A l'examen, on lui trouve un gros ganglion sous-maxillaire ; il n'y en a pas de préauriculaire. Sa paupière inférieure est à moitié détruite par le néoplasme à forme végétante ; le grand angle de l'œil est également envahi ; le néoplasme pousse en haut un prolongement qui soulève la paupière supérieure ; il s'insinue entre cette paupière et la cornée dont il recouvre la périphérie, mais sans l'intéresser autrement.

L'acuité de cet œil est égale à 1/10.

7 février 1906. — Le malade est opéré par M. le professeur Rollet, qui pratique, sur lui l'extirpation de la tumeur et l'énucléation du globe ; une partie des paupières supérieure et inférieure a été également enlevée. L'opération est terminée par un double tiroir. Les deux lambeaux cutanés, l'un supérieur, l'autre inférieur sont attirés et suturés.

14 février. — La cicatrisation est en bonne voie.

7 avril. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION III

(Résumée). — (Morax).

EPITHÉLIOMA PÉNÉTRANT DES PAUPIÈRES. — EVISCÉRATION DE L'ORBITE. — PROTHÈSE ORBITAIRE.

B... Edouard, 70 ans, jardinier, vient le 27 octobre 1903, à la consultation d'ophtalmologie de Lariboisière pour une lésion palpébro-oculaire de l'œil droit dont les débuts remontent à plusieurs années et qui ont déjà nécessité des interventions.

En 1897, le malade reçoit à la figure une plante déracinée qui lui fait deux petites blessures au bord inférieur de la paupière de l'œil droit, l'autre à la région temporale voisine. Au dire du malade, ces plaies ne se seraient jamais complètement cicatrisées et auraient été l'origine de l'affection actuelle. C'est vers la même époque que se serait développé l'ectropion muqueux de la paupière inférieure gauche.

En septembre 1898, le malade se rend aux Quinze-Vingts, où notre confrère Kalt lui fait une excision palpébrale et conjonctivale.

Lorsque le malade se présente à nous, il est en pleine récurrence palpébro-oculaire d'épithélioma.

La paupière inférieure n'existe pas ; à sa place, on trouve une surface irrégulièrement bourgeonnante de couleur rouge jaune lardacée, recouverte par endroits de croûtes et en d'autres d'une sécrétion gris jaunâtre épaisse. Cette surface a environ trois centimètres de longueur. Elle se continue sur la tempe en dehors de l'angle externe par une ulcération verticale recouverte d'une croûte épaisse et sèche.

La paupière supérieure est attirée en bas et soudée par la moitié interne de son bord ciliaire avec la peau de la joue, la moitié externe est libre et porte quelques cils agglutinés.

Au-dessus du bord libre, on aperçoit le globe et sa conjonctive bulbaire. Le globe est absolument immobile, figé dans l'orbite et adhérent à la face postérieure de la paupière supérieure. La peau de la paupière supérieure est rosée et ridée.

La peau de la joue est rosée et luisante, tendue et ramassée vers l'angle interne de l'œil. Cette peau est parcourue par de nombreuses veinosités. A gauche on ne note rien autre que l'ectropion de la paupière inférieure. Le globe oculaire est normal : arc + 0,75 D. V. = 5/15.

Il n'y a pas d'adénopathie préauriculaire ou sous-maxillaire. On pose le diagnostic d'épithéliome palpébro-oculaire et on décide l'éviscération de l'orbite avec résection de toute la région envahie.

31 octobre 1903. — On fait une incision supérieure partant de la base du nez et longeant le bord orbitaire supérieur, puis remontant sur la tempe pour circonscrire le prolongement temporal de la tumeur. Une seconde incision part de la racine du nez et suit le bord orbitaire inférieur pour rejoindre l'incision supérieure. L'incision comprend la peau et les tissus profonds. Arrivé sur le rebord osseux, on décolle le périoste jusqu'au trou optique. On suture la plaie temporale et on fait une incision parallèle à la peau du sourcil pour permettre de rapprocher le tiers externe des lèvres de la plaie ordinaire. On place un gros drain dans l'entonnoir orbitaire.

5 novembre. — Premier pansement. Ablation des fils et du drain. On les remplace par une mèche iodoformée. A partir de ce jour les pansements sont changés tous les trois ou quatre jours et la plaie diminue rapidement de dimension.

9 janvier 1904. — La guérison est complète.

20 janvier. — Je procède à la cure de l'ectropion de l'œil gauche par une excision losangique de la muqueuse.

Ceci fait, il s'agissait de parer à la mutilation résultant de la suppression du globe oculaire et des paupières. Nous avons pensé qu'un appareil caoutchouté pourrait, dans une certaine mesure, remplir ce but.. (1).

(1) M. MORAX, in *Société d'Ophtalmologie de Paris*, avril, juin, juillet 1904 (p. 289 et suiv. du recueil d'ophtalmologie 1904).

Dans les cas d'épithéliomas « palpébro-oculaires », il n'y a donc pas lieu de s'éterniser dans des essais d'autoplastie. Après l'ablation large du néoplasme, il faut fermer l'orbite par le procédé de M. Rollet, que nous avons décrit, sans attendre que la nature fasse elle-même cette occlusion avec du tissu cicatriciel ; en prévenant ainsi ce qu'opérerait la nature seule, sans résultat bien esthétique, et en l'aidant, le procédé en H est un procédé de choix, esthétique, qui diminue considérablement la durée du travail d'occlusion de la cavité et crée, au devant de la margelle orbitaire, un sol favorable à l'application d'une prothèse orbito-palpébrale.

M. le professeur S.-S. Golovine va plus loin dans cette occlusion orbitaire.

Les épithéliomas palpébraux, en effet, surtout ceux de l'angle interne de l'œil, pénètrent facilement dans les cavités voisines de l'orbite (antre d'Highmore, cavité nasale, labyrinthe ethmoïdal, sinus frontal).

Dans ces néoplasmes, envahissant l'orbite et les sinus cranio-faciaux, M. Golovine pratique l'occlusion de l'orbite par un procédé en H modifié, semblable à celui de M. Rollet, après l'« ablation de la totalité du néoplasme hors de tous les recoins du système complexe de ces cavités par la simplification des cavités sus-dites, c'est-à-dire en détruisant les cloisons qui sont déjà devenues inutiles ». Le principe de cette opération que M. Golovine désigne : « *exenteratio orbito-sinualis* » consiste : « dans la transformation de l'orbite et de tous les sinus avoi-

nants en une seule cavité spacieuse, facilement accessible à l'exploration et au curetage. »

« *Premier temps. Incisions* : On trace à l'entour du néoplasme des incisions qui, dès le début de l'opération, dessinent les lambeaux pour la clôture plastique de la future cavité.

a) *Verticale interne*. — Dans la région médiane du front, ensuite sur le côté latéral du nez et enfin dans le pli naso-labial ; le point initial de cette incision se place à 2-3 centimètres au-dessus de la glabelle, le point terminal à 1 centimètre au-dessous de l'aile du nez.

b) *Verticale externe*. — A l'angle externe de l'œil, en suivant la ligne semi-circulaire de l'os frontal et se terminant à 2 cm. environ au-dessous de l'apophyse zygomatique.

c) *Horizontale supérieure* : de l'incision (a) jusqu'à l'incision (b) au-dessus de la tumeur, c'est-à-dire habituellement dans le sourcil.

d) *Horizontale inférieure* : de (a) à (b) également et au-dessous de la tumeur, c'est-à-dire habituellement un peu plus bas que le bord inférieur de l'orbite. »

« En général les incisions rappellent la forme d'un H mais seulement avec deux barres transversales. Le lambeau frontal se détache vers le haut jusqu'un peu au-dessous de la ligne des cheveux ; le lambeau ma-

laire à son tour se détache vers le bas jusqu'à l'apophyse alvéolaire. En écartant les lambeaux avec des crochets on découvre bien les rebords du pourtour orbitaire.

Deuxième temps. — Exentération de l'orbite

Troisième temps. — Exentération des sinus

A l'aide du ciseau et de la curette on enlève successivement : la paroi antérieure de l'antre d'Highmore et sa paroi supérieure, c'est-à-dire presque toute la paroi inférieure de l'orbite ; ensuite, l'apophyse montante du maxillaire supérieur, l'os lacrymal, une partie de l'os nasal, une partie de l'apophyse nasale de l'os frontal, la lame papyracée de l'os ethmoïde ; enfin, les parois antérieure et inférieure du sinus frontal. Après ouverture de la cavité nasale on enlève les couches qui sont généralement atteintes par le néoplasme. Après ouverture du labyrinthe éthmoïdal,, on résèque toutes les cloisons, en découvrant aussi du côté antérieur le sinus sphénoïdal.

Pendant cette phase de l'opération on résèque non seulement les cloisons osseuses évidemment atteintes, mais aussi celles qui peut-être sembleraient saines, tout en étant déjà superflues, une fois que certaines cavités seront ouvertes par la résection de leurs parois. Les parois postérieures de l'antre d'Highmore et du sinus frontal ainsi que les résidus des parois de l'orbite sont grattés et par cela même les cavités sont

transformées en une fosse osseuse commune, dirigée en avant.

La résection des cavités est accompagnée d'une hémorragie abondante, ce qui rend nécessaire le renversement de la tête du malade en arrière pendant l'opération.

Quatrième temps. — Clôture plastique. — Les lambeaux cutané-musculaires du front et de la joue sont rapprochés par glissement l'un vers l'autre. Les incisions suturées prennent une forme rappelant un H ordinaire, c'est-à-dire avec une seule barre transversale. On introduit par le nez de la gaze dans la cavité sous les lambeaux cousus. »

Dans les limites indiquées, l'opération s'étend à toutes les cavités et représente le maximum de ce que peut faire le chirurgien dans les cas les plus graves. Il est évident qu'il lui est toujours possible de borner son intervention à de moindres mesures, s'il a la conviction de l'intégrité d'un des sinus.

L'opération est supportée, d'ordinaire, très facilement... Les lambeaux cutanés qui recouvrent la cavité se cicatrisent par première intention. En général, l'issu esthétique de l'opération peut être considérée comme très satisfaisante, la région de l'orbite étant recouverte par la peau déprimée mais lisse. » ,

OBSERVATION IV

Prof. Golovine (*Clinique ophtalmologique de
l'Université d'Odessa.*)

EPITHÉLIOMA TÉRÉBRANT DES PAUPIÈRES. — EXENTÉRATION ORBITO-SINUALIS. — OCCLUSION DE L'ORBITE

Prascovie A., âgée de 50 ans, moldave, paysanne, est entrée à la clinique le 18 février 1908.

Oeil droit. — Toute la paupière inférieure est détruite par un ulcère cancéreux, qui dépasse vers le dehors d'un centimètre l'angle externe de l'œil et s'infléchit à l'angle interne sur la paupière supérieure. Vers le bas, elle descend au-dessous du bord inférieur de l'orbite. Longueur de l'ulcère (dimension horizontale) 4 centimètres, largeur (dim. verticale), 2 cent. 1/2. La partie inférieure de la conjonctive est également détruite par l'ulcère, de sorte que la partie inférieure de la sclérotique, jusqu'au point d'attache du muscle, est complètement dénudée. La cornée a conservé sa transparence. Le fond de l'œil ainsi que l'acuité visuelle sont normaux. L'œil gauche est sain.

Durée de la maladie : cinq années ; sur la paupière inférieure, près de l'angle interne, il apparut une petite tumeur indurée qui s'ulcéra plus tard.

Eu égard à ce que le processus cancéreux s'étendait évidemment au globe oculaire, je persuadai à la malade à consentir à l'énucléation de l'œil, quoique celui-ci possédait encore sa vision normale.

Le 22 février 1908, je pratiquai, sous le chloroforme, l'exentération orbito-sinualis du type complet, car après avoir enlevé tout le contenu de l'orbite, je vis que les parois intérieure et inférieure de celle-ci étaient fortement atteintes ; par endroit les os se présentaient à l'état de carie avancée, le néoplasme pénétrait dans la cavité nasale et dans l'antre d'Highmore. J'ouvris par conséquent les sinus suivants : frontal, nasal, laby-

rinthe ethmoïdal, l'antre d'Highmore. La fermeture fut faite d'après le procédé habituel.

Les incisions se cicatrisèrent par première intention. Une partie des sutures fut enlevée le cinquième jour, les autres le septième. Vers la fin de la première semaine, les lambeaux suturés commencèrent à se tuméfier et à rougir légèrement. Je m'expliquai ce phénomène parce que la sécrétion de la cavité ne s'écoulait pas librement et je craignais que l'œdème des lambeaux n'amena l'ouverture de la cicatrice transversale. Afin d'éviter cette éventualité, je rouvris sur une longueur de un centimètre et demi le bout inférieur de la cicatrice interne, je lavai la cavité avec du peroxyde d'hydrogène et j'y introduisis un petit morceau de gaze. Il se produit une amélioration rapide dans l'état des lambeaux et la cicatrice transversale se conserva très bien. L'ouverture pratiquée fut entretenue et pendant deux semaines on fit des lavages de la cavité. Par la suite, cette ouverture se ferma également fort rapidement. Je me permets de souligner tout l'avantage de ce procédé.

Le 17 mars la malade quitta la Clinique, les téguments recouvrant la région opérée étant bien solides.

Dans le cas donc : d'épithéliomas palpébraux cellululo-térébrants ou ostéo-térébrants, grâce à l'occlusion de l'orbite par la clôture plastique en H terminale, nous trouvons encore une indication de la prothèse orbito-palpébrale, dont l'application sera facile et donnera toujours une restauration esthétique sinon parfaite, du moins très appréciée du patient.

III : BLESSURES. — Les ravages, produits dans la région orbitaire par des balles ou des éclats des projectiles, offrent des variations innombrables ; aussi, est-il bien difficile de distinguer des types dans ces blessures. Cependant les cas ne sont pas rares, où les lésions, ayant respecté les paupières, n'ayant inté-

ressé que l'orbite, se terminent par une oblitération complète de la cavité orbitaire par rétraction du tissu cicatriciel ; les paupières se touchent, formant un rideau au devant du tissu compact qui comble l'orbite ; ces cas sont fréquents après les blessures compliquées de suppuration étendue. Dans ces cas les procédés d'orbitoplastie de M. le P^r C. Majewsky de Cracovie et de M. Verhoeff peuvent donner de bons résultats.

M. Verhoeff emprunte à la cuisse ou au bras, un grand lambeau dermo-épidermique. Après une extirpation très large du tissu cicatriciel qui comble la cavité orbitaire, il pose le lambeau avec sa surface épidermique contre une prothèse oculaire et introduit la prothèse ainsi enveloppée dans la nouvelle fosse orbitaire, appliquant et pressant la surface disséquée du lambeau, qui recouvre la prothèse, contre les parois cruentées de l'orbite ; les parties du lambeau émergeant de la fente palpébrale sont coupées au ras des bords palpébraux. Le lambeau greffé reprend et adhère solidement aux parois de l'orbite. Au lieu d'une prothèse oculaire ordinaire, M. le P^r Majewsky emploie une prothèse provisoire, pourvue d'un large trou rond à la place de la cornée, trou qui traverse toute l'épaisseur de la coque, facilite l'écoulement de la sécrétion et empêche la macération du lambeau cutané.

Ce lambeau dermo-épidermique empêche la nouvelle prolifération de bourgeons charnus et la rétraction des cicatrices néoformées, qui, sans le lambeau

se produiraient et oblitéreraient à nouveau complètement l'orbite au bout de quelques semaines.

Un procédé d'orbitoplastie simplifiée de M. Majewsky consiste à introduire dans la cavité disséquée une pièce perforée comme celle décrite ci-dessus sans enveloppement par un lambeau cutané.

Tels sont des procédés d'orbitoplastie pouvant donner des résultats heureux dans les cas d'oblitération de l'orbite sans lésion importante des paupières.

Dans certains cas encore, nous pouvons rencontrer des cavités orbitaires dans lesquelles aucune prothèse oculaire simple ne peut tenir, quoique les paupières soient intactes, par simple effacement du cul-de-sac conjonctival.

Dans ces cas, la fornicoplastie simplifiée du P^r Majewsky pourra également donner des résultats heureux. Ce procédé consiste après anesthésie locale :

« Pour le fornix inférieur, je pratique une incision rectiligne dans la conjonctive parallèlement au bord libre de la paupière, d'un angle à l'autre, tout le long de la fente palpébrale. La distance de cette incision au bord libre de la paupière ne doit excéder 8 à 10 mm. Après avoir disséqué la conjonctive, il faut plonger le couteau profondément dans le tissu sous-jacent en le tranchant sur toute la longueur de l'incision à peu près jusqu'au rebord osseux inférieur de l'orbite. Ensuite je passe une anse de soie forte, armée aux deux bouts de longues aiguilles demi-courbes. L'une d'elles doit être piquée dans la conjonctive à proximité de la lèvre antérieure de la plaie et poussée, derrière le tarse, sous la peau de la pau-

pière inférieure, et doit ressortir de la peau au-dessous du rebord orbitaire inférieur aux environs de la fosse canine. La seconde aiguille suit un chemin parallèle, à quelques millim. de distance. Je noue les deux bouts assez fortement.... les bords de la conjonctive disséquée se trouve abaissée.... la paupière se redresse... on introduit une prothèse immédiatement après l'opération ou bien lors du premier changement de pansement qui doit être fait déjà le 3^e ou 4^e jour à cause de la sécrétion conjonctivale qui s'accumule dans la cavité. »

La fornicoplastie supérieure est opérée de la même façon en faisant sortir les aiguilles juste au-dessous de l'arcade sourcilière.

Nous venons d'envisager les cas dans lesquels les paupières et les parties environnantes existent encore et permettent l'application d'une prothèse oculaire simple ; mais dans la grande majorité des cas, les blessures de l'œil, par balles ou éclats de projectiles, provoquent non seulement une destruction du globe, mais en même temps broient les parois osseuses, déchiquètent ou arrachent les paupières. De plus l'orbitoplastie n'aboutit pas toujours aux résultats qu'on escomptait, le tissu bourgeonnant chassant l'œil de verre même tapissé de peau et comme le dit M. le P^r Majewsky : « Rien ne prouve mieux quelle tâche difficile et ingrate est la restitution opératoire des orbites dilacérées et oblitérées, que le fait que les opérateurs les plus éminents et les plus habiles renoncent souvent à créer une cavité quelconque pour la prothèse oculaire et après avoir simple-

ment enlevé les bords palpébraux et extirpé les restes du sac conjonctival, finissent par suturer totalement la fente palpébrale. »

Pour des blessures enfin, avec perte de substance très étendue, intéressant à la fois l'œil, les paupières, le rebord orbitaire, voir même aussi une des régions voisines : temporale, frontale, nasale, malaire, comme pour les brûlés et les épithéliomateux que nous avons étudiés, on ne peut guère songer à rétablir les voiles palpébraux par une autoplastie quelque soit le procédé employé. Chez ces blessés encore l'occlusion de l'orbite soit naturelle, soit opératoire sera la seule solution avec prothèse orbito-palpébrale terminale qui donnera seule une restauration esthétique satisfaisante. Tels sont les cas de blessés dont nous donnons les observations et les photographies :

OBSERVATION V

(Résumée). — (*Clinique ophtalmologique du Prof. Rollet.*)

BLESSURE PAR BALLE. — OCCLUSION CICATRICIELLE POST-TRAUMATIQUE DE L'ORBITE. — PROTHÈSE ORBITO-PALPÉBRALE.

D... Paul, 165^e infanterie, caporal, 23 ans. Blessé à F... par balle à l'œil droit. Fracture de l'arcade zygomatique, fracture du bord externe de l'orbite droit. Enucléation de l'œil droit. Plaie pénétrante du sinus maxillaire aux dépens du rebord orbitaire. Ablation presque complète de la paupière inférieure.



D. P..., avant prothèse

Le même après prothèse

OBSERVATION VI

(Résumée).

BLESSURE PAR BALLE. — OCCLUSION CICATRICIELLE POST-TRAUMATIQUE DE L'ORBITE. — PROTHÈSE EN PÂTE PLASTIQUE.

M..., 10^e infanterie, 33 ans, blessé le..., à St-M..., par balle à l'œil droit. Large plaie temporo-jugale droite.

Absence de l'œil droit. Une tentative de blépharoplastie n'a pas permis la pose d'un œil artificiel en raison d'une atrésie

des culs-de-sac et de la chute du fragment de paupière restante.

PROTHÈSE ORBITO-PALPÉBRALE AVEC PATE PLASTIQUE APRÈS
OCCLUSION CICATRICIELLE DE L'ORBITE.



M..., avant prothèse

Le même après prothèse

OBSERVATION VII

(Résumée).

BLESSURES PAR ÉCLATS D'OBUS. — FERMETURE OPÉRATOIRE
DE L'ORBITE. — PROTHÈSE EN PATE PLASTIQUE.

F... François, 232^e infanterie, 26 ans, blessé le 26 août 1918,
entré à la Clinique ophtalmologique le 30 août 1918.

30 août 1918. — Plaie de l'orbite gauche avec fracture de
l'apophyse orbitaire externe et de l'os maláire.

Perte de l'œil gauche. Œil droit : V. = 1/2.

Revenu dans le service le 17 janvier 1919 pour :

Œil gauche énucléé. Plaie bourgeonnante, cicatrisation
lente.

25 janvier 1919. — Plaie de la largeur d'une pièce de cinq francs, occupant la moitié interne des paupières, plaie atone à contours nets.

30 janvier 1919. — Fermeture de l'orbite par un double tiroir (Prof. Rollet).

Nous venons de voir rapidement dans quels cas la réparation autoplastique est impossible ou contre indiquée :

1° Dans les brûlures étendues avec perte des paupières et de l'œil.

2° Dans les épithéliomas palpébro-oculaires intéressant avec les paupières ou les commissures, la muqueuse bulbaire ; dans les épithéliomas palpébraux cellulo-térébrants ou ostéo-térébrants.

3° Dans les mutilations intéressant à la fois l'orbite, les paupières et l'œil, où l'intervention de choix est l'occlusion de l'orbite (soit par la méthode de M. Rollet, soit par le procédé de M. Golovine) suivie d'une restauration prothétique esthétique, orbito-palpébrale.

Nous sommes bien persuadés que toute intervention autoplastique qui permet de reconstituer une paupière détruite, dont le résultat est de pouvoir inclure un œil artificiel dans une cavité refaite, est de beaucoup préférable à la restauration prothétique consécutive à l'occlusion complète de l'orbite ; mais il est des cas pourtant, comme ceux que nous avons exposés, où le chirurgien devant la nécessité d'une large ablation, devant aussi des délabrements importants, est arrêté et ne peut songer à reconstituer la

cavité orbitaire et les voiles palpébraux, à la possibilité d'une prothèse oculaire simple.

Il est bon d'admettre qu'en principe la restauration par un des procédés d'autoplastie, à condition que le résultat ne soit ni déplorable, ni ridicule, est toujours préférable à l'occlusion de l'orbite suivie de prothèse, cependant, malgré l'habileté de l'opérateur et malgré le perfectionnement des méthodes chirurgicales, la chirurgie plastique, quels que soient ses nombreux moyens, peut dans certains cas avoir des insuccès, ne pas toujours donner les résultats attendus au point de vue esthétique ou être une intervention impossible à tenter comme nous l'avons vu ; nous pensons que dans tous ces cas l'occlusion de l'orbite avec prothèse orbito-palpébrale consécutive est la méthode de choix.

Certains patients enfin, fatigués par des opérations antérieures d'ordre curatif, se refuseront à une nouvelle intervention ayant un simple but esthétique ; ceux-ci encore pourront bénéficier des avantages et résultats de la prothèse orbito-palpébrale.

Grâce à cette prothèse, le patient peut circuler sans exciter la répulsion ou la pitié des gens qui l'entourent ; il s'habitue rapidement à substituer les mouvements de la tête à ceux de l'œil et passe le plus souvent inaperçu grâce à cet appareil qui masque d'une façon parfaite la vaste lésion sous-jacente.

Il n'y a pas là une simple question de luxe mais aussi de convenance et de nécessité au point de vue social.

CONCLUSIONS

I. A la suite de certaines lésions telles que : brûlures totales des paupières, cancers palpébro-oculaires, vastes plaies de guerre, l'opérateur ne peut pas chercher à restaurer les voiles palpébraux détruits ou enlevés ; il y a alors indication à fermer l'orbite.

II. L'occlusion de l'orbite ou suppression des paupières sera pratiquée suivant la technique opératoire, exécutée jadis par M. le Professeur Rollet, en excisant les tissus cutanéomuqueux restants et en disséquant deux lambeaux à tiroir : supérieur et inférieur, destinés à établir une surface cutanée lisse et unie au devant de la margelle orbitaire, qui débarrassera le sujet d'une ulcération rouge et suintante.

III. Consécutivement à cette opération ou à la suite de vastes traumatismes de guerre, avec pertes de substance étendues, suivis de cicatrices, la prothèse simple habituelle avec œil artificiel n'étant pas possible, il y a indication, dans un but esthétique, à

pratiquer une prothèse en caoutchouc ou en pâte plastique.

IV. Cette prothèse orbito-palpébrale consiste, en un œil enchâssé dans le caoutchouc ou dans la pâte, qui restera immobile ; mais comme le montrent nos photographies et nos observations, les résultats esthétiques sont très encourageants.

Le Président de la Thèse,

ETIENNE ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 mars 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBROISE PARÉ. — Œuvres. Paris 1604.
- BOISSONNEAU PÈRE. — Mémoire sur la prothèse oculaire. Paris 1840.
- COULOMB. — L'œil artificiel. Thèse de Paris, 1905.
- COULOMB et RUPPE. — La prothèse oculo-palpébrale (*Congrès interallié*, Paris, 1916).
- DEBOUT. — Restauration de l'appareil de vision. (*Bulletin gén. de thérapeut. médicale et chirurgicale*, 15 déc. 1862).
- FAVRE. — L'Exentération de l'orbite (Thèse de Lyon, 1907).
- P^r S. S. GOLOVINE. — Exentératio orbito-sinualis. (*Annales d'oculistique*, déc. 1909).
- HAZARD MIRAULT. — *Traité pratique de l'œil artificiel* (Paris, 1818).
- P^r MAJEWSKI. — Quelques procédés simples d'orbitoplastie et fornicoplastie (*Rev. gén. d'Ophtalm.*, février 1920).
- CL. MARTIN. — *Rapport présenté au XIV^e Congrès international de Médecine*. Madrid, 1903.
- PONT. — Prothèse nasale (*Lyon Médical*, août 1914).
- Rhinoplastie et prothèse nasale (*Lyon Médical*, novembre 1917).
- Note sur la chirurgie plastique et la prothèse auriculaire (*Restaurat. maxillo-faciale* n° 11, nov. 1918).
- Prothèse oculo-faciale (*Province dentaire*, janv. 1920).

- P^r Et. ROLLET. — Blépharoplastie à double lambeau pédiculé
(*Rev. gén. d'ophtalm.*, 30 nov. 1903, et *the Ophtalmoscope*, fév. 1904).
- La blépharoplastie à tiroir (*Rev. gén. d'Ophtalm.*,
28 fév. 1906).
- Occlusion de l'orbite et suppression des paupières (*Rev.
gén. d'Ophtalm.*, 31 juillet 1908).
- Prothèse orbito-palpébrale en cire et caoutchouc chez les
blessés de guerre. (*Archives d'ophtalmologie*, mai-
juin 1916).

